N° 37.

ESSAI

SUR

LA PÉRITONITE AIGUË,

Thèse présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 22 février 1828, pour obtenir le grade de Docteur en médecine ;

PAR FRANÇOIS-CLÉMENT MAILLOT, de Briey,

Département de la Moselle ;

Chirurgien aide-major à l'hôpital militaire d'instruction de Metz.

La médecine fut long-temps repoussée des sciences exactes ; elle aura droit de leur être associée, au moins pour le diagnostic des maladies, quand on aura partout uni à la rigoureuse observation l'examen des altérations qu'éprouvent nos organes.

BICHAT, *Anatomie générale.*

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n° 13.

1828.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRE-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER, *Examinateur.*
Physiologie	DUMÉRIL, *Suppléant.*
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN fils.
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	ANDRAL.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU, *Président.* FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND, *Examinateur.*
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT,
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DESORMEAUX.
Clinique médicale	CAYOL. CHOMEL. LANDRÉ-BEAUVAIS. RÉCAMIER, *Examinateur.*
Clinique chirurgicale	BOUGON. BOYER. DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DENEUX.

Professeurs honoraires.

MM. CHAUSSIER, DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, DUBOIS, LALLEMENT LEROUX, PELLETAN père, VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Arvers.	Gibert.
Baudelocque.	Kergaradec.
Bouvier.	Lisfranc.
Breschet.	Maisonabe.
Cloquet (Hippolyte), *Suppléant.*	Parent du Chatelet.
Cloquet (Jules).	Pavet de Courteille.
Dance.	Ratheau.
Devergie, *Examinateur.*	Richard.
Dubois, *Examinateur.*	Rochoux.
Gaultier de Claubry.	Rullier.
Gérardin.	Velpeau.
Gerdy.	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE

DE MES PARENS.

Piété filiale.

A MONSIEUR RAMPONT,

Ancien Médecin en chef d'armée ; Médecin en chef et premier Professeur à l'hôpital militaire d'instruction de Metz ; Officier de l'ordre royal de la Légion-d'Honneur, et Membre de celui de CHARLES III ; Membre correspondant des Académies royales de médecine de Paris et de Madrid, correspondant spécial de la Société de médecine de Paris, de la Société des sciences et arts et agriculture de Strasbourg, de celle de médecine pratique de Montpellier, des Sociétés de médecine de Toulouse, de Breslaw, de la Moselle, etc.

Hommage de respect et de reconnaissance.

F.-C. MAILLOT.

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/essaisurlaperito0002vari

DISSERTATION

SUR

LA PÉRITONITE AIGUË.

L'INFLAMMATION du péritoine a été long-temps méconnue. Les anciens n'en font mention nulle part ; ils paraissent l'avoir confondue avec plusieurs autres maladies qu'ils ont décrites sous les noms de *volvulus*, d'*ileus*, d'*enteritis*, et principalement sous le terme générique d'*inflammation du bas-ventre*. FERNEL est le premier, je crois, qui ait dit quelques mots qui se rattachent à la péritonite. Voici comment il s'exprime :

« *Alii insuper cruciatus, quâdam similitudine et vehementiâ colici* « *nuncupantur, quibus tamen non in colo intestino sedes est, sed vel in* « *peritonæo, vel in membranis quæ abdomini ventrisque partibus obten-* « *duntur. Hi sanè gravissimi sunt, et admodùm diuturni, ac neque clys-* « *teribus, neque medicamentis, neque fomentis, neque iis remediis, qui-* « *bus qui verè sunt coloci dolores, deliniri solent.* »

On voit, d'après ce passage, que *Fernel* avait déjà saisi deux des principaux caractères de la péritonite, l'*acuité de la douleur* et la *gravité de la maladie*, qui ne cédaient pas aux moyens ordinairement employés alors, c'est-à-dire aux lavemens, et à des médicamens pris, en

général, parmi les purgatifs. Cet aperçu aurait dû attirer l'attention de ses contemporains; mais il fut perdu pour eux, et ses successeurs ne surent pas en profiter.

Bonet, *Morgagni*, tout en décrivant avec leur exactitude ordinaire la plupart des altérations pathologiques de l'abdomen, ne virent pas encore la péritonite aiguë primitive, isolée, ayant ses symptômes, sa marche, ses indications propres.

Johnston la reconnut chez les nouvelles accouchées, et en fit le sujet d'une savante dissertation qu'il soutint à l'école d'Édimbourg en 1779. Quelques années après, en 1785, *Walter*, célèbre anatomiste prussien, qui ouvrit plus de deux mille cadavres de femmes, émit les mêmes idées que le médecin écossais, sans cependant avoir eu connaissance de son mémoire; mais les opinions de ces deux observateurs ne passèrent pas en France, et c'est à *Bichat* que nous devons sur la péritonite des données plus exactes, des vues plus saines et plus justes.

Éclairés par les travaux de l'immortel auteur du Traité des membranes, et suivant l'impulsion donnée par son école, deux anatomo-pathologistes célèbres, *Bayle* et *Laennec*, contribuèrent, par leurs savantes et laborieuses recherches, à déterminer d'une manière précise, et les symptômes de la péritonite, et les désordres qu'elle laisse à sa suite. Dans son Histoire des phlegmasies chroniques, M. *Broussais* nous a révélé des idées entièrement neuves sur l'inflammation prolongée du péritoine, en donnant de grands développemens à celles de *Pujol*. Il a laissé peu de choses à dire à celui qui voudrait traiter la même matière; il nous a dévoilé ce qu'il y avait de plus obscur dans les affections de cette membrane.

Lieutaud, qui nous a transmis plusieurs observations de péritonite, la croyait toujours consécutive à l'inflammation des organes sous-jacens au péritoine. Cette opinion, soutenue avec chaleur par M. *Gastellier* lors de ses fameuses controverses, compte aujourd'hui encore un assez grand nombre de partisans; mais si M. *Laennec* a porté au

plus haut degré de perfection le diagnostic de la pleurésie simple (et personne ne le contestera), il est évident que le péritoine, en tout analogue à la plèvre, pourra aussi, comme elle, s'emflammer primitivement, isolément, parce que partout où il y a identité de texture et de fonctions, il y a aussi identité de maladies, identité d'altérations.

Dans cette dissertation, je rechercherai quelles sont les causes de la péritonite aiguë, je décrirai ses symptômes, sa marche, ses complications ; enfin, après avoir exposé ses différens modes de terminaison et le résultat de l'ouverture des cadavres, je tracerai les règles du traitement. Mais, pour procéder avec plus de méthode, je crois devoir jeter d'abord un coup-d'œil sur l'organisation du péritoine; il sera plus facile d'apprécier ensuite en quoi l'organe malade diffère de l'organe sain.

Organisation du péritoine.

Le péritoine est une vaste membrane séreuse qui enveloppe la plupart des organes contenus dans l'abdomen, sans cependant en renfermer aucun dans sa propre cavité. Sa surface extérieure adhère par une couche de tissu cellulaire aux organes qu'elle recouvre; sa surface intérieure est lisse, humide, et partout en contact avec elle-même.

Comme toutes les membranes séreuses, le péritoine est formé par un tissu cellulaire condensé dans lequel se ramifie à l'infini une multitude de vaisseaux exhalans et absorbans. Quelques anatomistes pensent qu'il ne possède en propre aucun vaisseau sanguin, et qu'il sert seulement de support à ceux qui rampent à sa surface; d'autres prétendent qu'on voit des capillaires sanguins paraissant évidemment faire corps avec le tissu péritonéal lui-même. M. *Gendrin* dit que l'on en rencontre constamment à la naissance du méso-colon lombaire, au voisinage du tronc cœliaque, et dans le méso-rectum; d'ailleurs l'inflammation, la congestion déterminée par la ligature des veines mé-

sentériques (chez les animaux), en développent un nombre prodigieux; et ce fait nous suffit pour l'explication des phénomènes inflammatoires.

Les fonctions du péritoine sont de deux sortes : les premières ont pour but de recouvrir les différens viscères de l'abdomen, de les isoler, de les assujétir dans leur position respective, et quelquefois de les suivre dans leur déplacement; les deuxièmes sont l'exhalation et l'absorption du fluide qui lubrifie sa surface intérieure, conserve son poli et prévient ses adhérences. C'est aussi par ce dernier genre de fonctions qu'il sert d'auxiliaire aux autres organes exhalans, et qu'il entretient quelque sympathie d'action avec la peau, avec les muqueuses.

La sensibilité du péritoine est extrêmement obscure dans l'état de santé; mais lorsqu'il s'enflamme il devient le siége de douleurs très-aiguës. Ce contraste, vraiment remarquable, ne lui appartient pas exclusivement; il est commun à toutes les membranes séreuses. Le défaut de sensibilité de ces membranes dans l'état normal, et le silence dans lequel s'exécutent l'absorption et l'exhalation, sont sans doute les deux causes pour lesquelles il arrive souvent que nous ne reconnaissons d'abord leurs maladies qu'au trouble qu'elles apportent dans des fonctions qui leur sont à peu près étrangères : ainsi, dans la pleurésie, la gêne de la respiration; dans l'arachnitis, le délire; dans la péricardite, le dérangement de la circulation sont les premiers symptômes qui nous frappent, et c'est de là que nous partons pour établir notre diagnostic.

Définition, divisions, étiologie.

L'inflammation du péritoine, que l'on désigne sous le nom de *péritonite*, se divise, d'après sa durée et son intensité, en *péritonite aiguë* et en *péritonite chronique*. Je ne l'envisagerai que sous la première forme. Sous le rapport de l'étendue de son siége, on la distingue en *péritonite générale* et en *péritonite partielle*; enfin, relativement à quel-

ques circonstances concomitantes, on l'a appelée *péritonite puerpérale*, *péritonite hémorrhagique*, etc. Nous reviendrons plus tard sur ces différentes dénominations : nous chercherons à déterminer la valeur que l'on doit attacher à chacune d'elles.

Les causes de la péritonite sont très-nombreuses ; rarement on les rencontre parmi les *ingesta* : presque toujours elles trouvent leur origine dans les *circumfusa* et les *applicata ;* tantôt par leur peu d'intensité ou par la courte durée de leur action, elles prédisposent seulement à cette affection ; tantôt, au contraire, elles suffisent pour la développer entièrement. C'est d'après cette différence de résultat qu'on les a divisées en *prédisposantes* et en *efficientes ;* mais cette distinction n'est pas bien tranchée; souvent même elle est inexacte, puisque, dans certaines circonstances, plusieurs d'entr'elles peuvent devenir *déterminantes* ou rester simplement causes *éloignées.*

La péritonite aiguë est beaucoup plus fréquente chez l'adulte que chez le vieillard ; elle est peu commune dans l'enfance ; on la remarque plus souvent chez la femme que chez l'homme; mais on sait que cette particularité tient au travail de l'accouchement, qui, de toutes les causes de la péritonite, est la plus fréquente. Les individus lymphatiques, lymphatico-sanguins, irritables, y sont plus disposés que les sujets forts, à système sanguin prononcé. Ceux-ci trouvent dans leur organisation les moyens de résister à l'action de plusieurs causes très-propres au développement de la péritonite : chez eux, on observe plus spécialement l'inflammation des muqueuses et des parenchymes.

Une atmosphère froide et humide, une habitation malsaine, peu aérée, les veilles, les privations, les fatigues, toutes les causes qui repoussent les fluides à l'intérieur, toutes celles, en un mot, qui diminuent l'action du système cutané, prédisposent à la péritonite, et peuvent même lui donner naissance. En effet, dès que l'exhalation externe languit, d'autres organes doivent y suppléer; ordinairement les reins et les muqueuses sont chargés de ce surcroît d'action; mais les séreuses peuvent l'être à leur tour, et, si le péritoine

devient le siége de la congestion active, si la surexcitation se prolonge, il ne tarde pas à se phlogoser.

Telle est la manière dont agissent le refroidissement d'une partie quelconque du corps, celui des pieds principalement, sans que rien puisse expliquer cette corrélation, l'immersion dans l'eau froide pendant que le corps est en sueur, l'ingestion d'une boisson à la glace, etc. C'est lorsque plusieurs de ces causes agissent à la fois sur des masses d'individus, que la péritonite paraît régner épidémiquement.

Les coups, les chûtes sur l'abdomen, les contusions, les plaies pénétrantes de cette cavité, des vêtemens trop serrés, les efforts du vomissement, ceux de l'accouchement, les hernies étranglées et les opérations qu'elles nécessitent, la perforation du tube intestinal, et, par suite, les épanchemens de bile, de matières alimentaires et stercorales, ceux d'urine, de sang, etc., sont les causes les plus directes, les plus puissantes et les plus ordinaires de la péritonite.

Enfin, on a vu quelquefois cette maladie coïncider avec la suppression d'une hémorrhagie périodique ou d'un exutoire, avec la disparition subite d'une dartre, d'un ulcère, d'un rhumatisme : quelquefois aussi elle vient compliquer d'autres affections, telles que la gastro-entérite, la métrite, etc.

Si, de toutes ces causes, on excepte celles qui ont été nommées *directes*, il est assez difficile de s'expliquer pourquoi et comment elles agissent de préférence sur le péritoine ; presque toujours il faut supposer une prédisposition qui nous est tout à fait inconnue, qui nous échappe : bien plus, il est des péritonites qui se développent sans causes appréciables.

Symptômes.

Le début de la péritonite est quelquefois lent, mais, le plus souvent, il est subit. Dans le premier cas, il s'annonce par de l'anxiété,

du malaise, des frissons qui reviennent à différentes reprises pendant un ou plusieurs jours; en un mot, il s'accompagne de tous ces prodrômes qui trompent rarement sur l'irruption prochaine d'une maladie aiguë. L'invasion de la péritonite, au contraire, est-elle prompte, instantanée? Au sortir d'un bain, sous l'influence d'une température brusquement variée ou de quelques-unes des causes que nous avons désignées, elle débute par un frisson général auquel succèdent d'abord une chaleur vive, et, bientôt après, un point douloureux dans l'abdomen.

La douleur de la péritonite a pour caractères d'être superficielle, pongitive, lancinante, intolérable; presque toujours fixe, elle est quelquefois mobile, ce qui pourrait parfois la faire confondre avec le rhumatisme des muscles abdominaux, si cette dernière affection n'était aussi rare, si d'ailleurs ces deux maladies n'avaient chacune quelques autres symptômes distinctifs : primitivement bornée, cette douleur s'étend bientôt; quelquefois elle se dissémine sur plusieurs points de l'abdomen; elle enraie par sa violence l'action du cœur, la locomotion et la plupart des autres fonctions; la moindre pression l'augmente à un tel point, que le malade ne peut supporter le poids de sa couverture, de sa chemise, des fomentations émollientes si fortement indiquées alors.

Les parois abdominales deviennent tendues et rénitentes presque dès le début de la péritonite : cette tension des muscles est la répétition de ce que nous voyons dans la pleurésie, dans l'angine pharyngienne; c'est ce phénomène que nous retrouverons dans la membrane musculaire du tube digestif lorsque nous étudierons l'influence de la péritonite sur cet appareil. Dans la péritonite partielle, cette tension est plus forte à la portion du muscle qui correspond au point enflammé du péritoine; dernièrement j'ai pu me convaincre encore, par l'autopsie, de la valeur de ce signe.

Le ventre se météorise; il devient sonore sous une légère percussion; son intumescence reconnaît pour cause le développement de gaz dans les intestins et dans la cavité péritonéale. Ordinairement

uniforme, ce ballonnement présente quelquefois plusieurs bosselures; il manque assez souvent chez les malades forts, à muscles prononcés et à tissu cellulaire épais; dans certains cas, très-rares, on trouve même les parois abdominales aplaties, déprimées, comme collées à la colonne vertébrale : ce singulier phénomène constitue une variété de péritonite qui, au premier abord, simule une colique nerveuse. Je l'ai observé sur un jeune Suisse de la garde royale, qui mourut en vingt-quatre heures, et à l'autopsie duquel je ne trouvai d'autre altération qu'une forte injection du péritoine sans épanchement de sérosité.

Les symptômes locaux ne tardent pas à s'accompagner de phénomènes généraux qui indiquent l'influence de la péritonite sur les divers appareils, et qui servent à la caractériser.

Le pouls s'accélère; il est dur, petit, concentré. De toutes les inflammations membraneuses, la péritonite est celle où ce triple caractère est le plus prononcé.

La respiration est fréquente; elle devient haletante, entrecoupée, et se fait presque entièrement par les muscles intercostaux; elle augmente par ses mouvemens la douleur de l'abdomen, qui est bien plus exaspérée encore par la toux, le hoquet, le rire, etc.

La langue est plate, large, uniformément rouge et humide; elle s'éloigne peu de l'état naturel; les signes qu'elle fournit sont donc plutôt négatifs que positifs, et les nuances qu'elle présente tiennent à l'état des premières voies.

La soif, dans le début de la péritonite, est peu vive; souvent elle ne devient très-prononcée que lorsque l'estomac s'irrite. Il n'est pas rare de voir des malades accuser encore de l'appétit, mais ce désir des alimens est bientôt remplacé par l'anorexie, en même temps que des nausées, des vomissemens annoncent presque constamment le trouble des organes digestifs. Une constipation opiniâtre accompagne aussi le début de la péritonite; elle dépend de la suspension momentanée du mouvement péristaltique. Elle cesse si la muqueuse du gros

intestin s'irrite, et il survient alors une diarrhée plus ou moins abondante.

Tout en admettant que les vomissemens indiquent ordinairement l'irritation de l'estomac, on ne peut se refuser à croire que souvent ici ils sont purement symptômatiques; la coïncidence de ces vomissemens avec l'invasion de la péritonite, l'absence des signes de gastrite pendant la vie, et, à l'autopsie, le défaut des altérations qui lui sont propres, sont autant de circonstances qui ne permettent pas d'adopter une opinion contraire.

Le système musculaire est comme prostré; le malade est couché sur le dos, les membres demi-fléchis et la tête légèrement inclinée sur la poitrine; il évite avec soin le moindre mouvement, le plus léger contact; mais il ne faut pas confondre cette prostration apparente avec celle des fièvres adynamiques : dans la péritonite, ce n'est pas la faiblesse qui empêche le malade d'agir, la crainte d'augmenter la douleur l'arrête seule; ce qui le prouve, c'est qu'on le voit repousser avec force la main du médecin qui veut explorer l'état du ventre.

L'expression de souffrance que la péritonite imprime à la physionomie en fait un caractère bien frappant et presque caractéristique : les traits sont ridés, tirés en haut et portés vers la racine du nez; on a désigné cet état sous le nom de *face grippée;* il dénote une douleur intense, violente; il se prononce d'autant plus que les autres symptômes deviennent aussi plus graves.

Marche, terminaisons.

La marche de la péritonite aiguë est extrêmement rapide. Lorsqu'elle doit avoir une issue funeste, les malades succombent le plus ordinairement du sixième au dixième jour, assez souvent du quatrième au cinquième, quelquefois même en quelques heures. Dans ce dernier cas, la douleur est la cause de la mort; aucun des organes essentiels n'a pu être lésé dans un aussi court espace de temps. « Ici

« aucune complication n'eût lieu (dit M. *Andral* en rapportant une « observation de cette nature) ; les accidens et la mort furent uni- « quement le résultat de l'inflammation du péritoine, ou, pour « parler plus exactement, du trouble sympathique que cette inflam- « mation détermina dans le système nerveux : de là le subit anéan- « tissement des forces, la soustraction du sang des capillaires de la « peau, la suspension de la calorification, la faiblesse des battemens « du cœur. . . . . Jusqu'au der- « nier moment, ajoute-t-il, on n'observe aucun trouble des facultés « intellectuelles et sensoriales. Jusqu'au dernier moment, non plus, « les poumons ne présentent aucun trouble dans l'accomplissement « de leurs fonctions ; de sorte que, sans avoir été d'abord altérée, « sans aucun intermédiaire entre l'état sain et morbide, la respira- « tion s'éteint tout à coup avec les battemens du cœur, et la vie dis- « paraît ainsi sans que l'on trouve aucune altération appréciable « dans les organes, dont l'apparente intégrité semblerait devoir être « une garantie de son entretien. »

La terminaison par gangrène est rare, on ne l'observe guère que dans les péritonites consécutives aux hernies étranglées : on aurait lieu de la soupçonner à la cessation subite de la douleur, portée d'abord au plus haut degré de violence, à la fétidité de l'haleine et des déjections alvines, à l'extrême petitesse du pouls, aux syncopes, à l'anéantissement des forces, à la sueur froide et visqueuse qui couvre le front, les tempes, etc. On remarque, à la vérité, la plupart de ces symptômes dans la dernière période de toutes les péritonites mortelles, mais ils se développent peu à peu, d'une manière lente, progressive ; le pouls, aux approches de la mort, devient si petit, si accéléré, qu'on peut à peine compter ses pulsations ; les extrémités sont comme glacées, tandis que l'abdomen est brûlant.

Si la maladie a été traitée à temps et avec succès, elle se terminera en peu de jours par un retour parfait à la santé ; et l'on peut dire, sous ce rapport, que, si la péritonite est une des affections très-promptement mortelles, elle est aussi une de celles dont la convalescence

est extrêmement rapide. Dans la résolution, la douleur cède par degrès, le pouls se ralentit, il se développe peu à peu, et revient insensiblement à son type naturel; le ventre s'affaisse, toutes les fonctions se rétablissent. Cette terminaison favorable s'accompagne assez souvent de ces phénomènes que l'on a nommés *critiques*, et que l'on doit regarder comme l'effet, et non comme la cause de la solution de la maladie.

Lorsque la péritonite se termine par suppuration, le ventre devenu moins douloureux, cesse d'être sonore; il n'est plus tendu, mais il reste gonflé; la main, en le déprimant, ressent un empâtement qui indique la présence de la sérosité qu'une fluctuation manifeste fait reconnaître au bout de quelques jours; la peau est froide, couverte par intervalle de sueurs partielles; le pouls est mou, lent; le visage pâle, plombé, terreux; les malades ne tardent pas à succomber. Cette terminaison funeste est fréquente; elle n'est pas décidément mortelle; l'épanchement peut être résorbé en partie, tandis que l'autre partie s'organise en fausses membranes; mais la convalescence devient difficile, longue, hérissée de dangers : c'est alors que la péritonite passe souvent à l'état chronique. On a vu, dans des cas excessivement rares, ces épanchemens se faire jour, au bout de plusieurs mois, à travers les parois abdominales, et les malades recouvrer la santé : l'observation la plus curieuse de ce genre est celle que *Pujol* a consignée dans sa Médecine pratique.

La péritonite se prolonge rarement au delà de vingt jours avec ses caractères d'acuité; elle revêt à cette époque la forme chronique. Ce passage se fait quelquefois par des degrés si insensible qu'il est très-difficile à reconnaître, et que beaucoup de personnes ne l'aperçoivent pas; mais l'observateur attentif remarque des phénomènes d'autant plus dangereux qu'ils affectent une marche plus insidieuse; n'éveillant aucune sympathie, ils attirent peu l'attention du médecin, et le malade qui a cessé de souffrir se flatte d'un prochain rétablissement que tout semble lui promettre; mais de légères douleurs se faisant ressentir de temps en temps dans l'abdomen, de l'empâtement,

une constipation de quelques jours alternant avec de la diarrhée, des frissons, etc., tels sont les faibles indices qui annoncent que la résolution n'a pas été franche, et que la péritonite passe à l'état chronique.

Variétés et complications.

Jusqu'ici je n'ai parlé que de ces péritonites qui, s'annonçant par des symptômes bien caractéristiques, marchent exemptes de complications : s'il en était toujours ainsi, il serait impossible de méconnaître l'inflammation du péritoine; l'indication se présenterait d'elle-même, et la tâche du médecin cesserait d'être difficile; mais tous ces phénomènes existent rarement à la fois : d'un autre côté, la péritonite s'entoure quelquefois de sympathies si nombreuses, si promptes et tellement graves, que ses signes distinctifs s'effacent au milieu du trouble général.

La douleur est quelquefois si obscure que, pour la reconnaître, on a besoin d'exercer une forte dépression ; il faut la faire latéralement, de manière à la diriger ensuite profondément vers le centre.

Dans la péritonite partielle, il peut ne pas exister de phénomènes généraux ; il en est de même dans les nuances subaiguës. On a voulu, d'après la présence de certains symptômes, déterminer, *à priori*, quel était le point enflammé du péritoine. Lorsque l'inflammation est fixée sur la portion qui revêt le diaphragme, on remarque, a-t-on dit, l'immobilité de la base de la poitrine, un hoquet presque continuel, le rire sardonique : a-t-elle son siége dans la portion qui tapisse la face inférieure du foie? Il y a vomissemens de bile pure, très-abondans, très-fréquens; teinte jaunâtre de la langue, de la conjonctive et des ailes du nez, douleur à l'épaule droite, etc. Si c'est le mésentère qui est malade, douleur profonde, augmentant peu par la pression, à moins qu'elle ne soit très-forte. Mais il n'y a rien de constant à cet égard, et tous les jours on trouve à l'autopsie des péritonites très-étendues, tandis que les malades rapportaient la douleur à un point très-borné : ce point est ordinairement l'ombilic.

Si la péritonite se déclare à la suite d'une perforation des intestins, l'état antérieur de la santé, la rapidité du météorisme et la violence de tous les accidens la feront facilement reconnaître.

M. *Broussais* a décrit une péritonite hémorrhagique, qui a pour caractères une douleur atroce, une horrible anxiété alternant avec des momens de calme, de sorte que : « après un repos plus ou moins « long, les angoisses renaissent comme la première fois, et ces alter- « natives se répètent jusqu'à ce que la vie soit terminée, ce qui a « lieu d'ordinaire à la suite d'une violente exacerbation..... Quant à « l'état du pouls, il correspond au degré de pléthore et à celui des « douleurs : fort et inflammatoire dans les premiers temps, si l'hé- « morrhagie se fait promptement, il se concentre, et devient rare et « convulsif dans les premiers paroxysmes douloureux; il se développe « ensuite dans le calme, mais l'écoulement continuel du sang ne « tarde pas à le rendre rare et fugace; enfin il paraît vif, accéléré et « petit, dans les crises convulsives qui précèdent le dernier mo- « ment. »

La péritonite des femmes en couches a été l'objet de beaucoup de recherches : M. *Gasc* a démontré, jusqu'à l'évidence, que la *fièvre puerpérale* des auteurs était toujours une péritonite aiguë, tantôt simple, tantôt compliquée; *Pinel* la raya de son tableau des fièvres essentielles, et M. *Gardien* a très-bien expliqué la divergence des opinions sur la nature de cette maladie. Elle débute quelques jours après l'accouchement; des douleurs vagues dans l'abdomen en sont les prodrômes; bientôt elles deviennent très-aiguës, et l'on voit se développer avec rapidité les symptômes que nous avons décrits, et, de plus, l'affaissement des mamelles et la suppression des lochies.

Ces deux derniers phénomènes en avaient imposé à quelques observateurs, et leur avaient fait attribuer la fièvre puerpérale au transport métastatique du lait sur les viscères du bas-ventre, et même dans l'économie en général. Cette opinion est totalement abandonnée aujourd'hui : peu de médecins voient maintenant des épanchemens de lait dans les maladies aiguës des femmes nouvellement

accouchées. Parmi les objections qui ont été faites à cette hypothèse, les suivantes suffisent pour la détruire entièrement : 1°. l'affaissement des seins n'est pas constant ; 2.° quand il a lieu, il est presque toujours consécutif à l'inflammation du péritoine ; 3°. en admettant que le lait rentre dans le torrent de la circulation, il se mêle avec le sang, et se comporte comme celui qu'on injecte dans les veines ; 4°. la petite quantité de lait sécrétée par les mamelles est loin d'être en rapport avec les épanchemens considérables qui se forment dans l'abdomen ; 5°. enfin les fluides épanchés ne diffèrent nullement, pour les propriétés physiques, de ceux que l'on trouve chez l'homme, et la chimie n'y a trouvé aucun des caractères essentiels du lait. Je compare ce phénomène à ce que nous observons souvent dans la pratique chirurgicale : une large plaie est en pleine suppuration ; une maladie aiguë survient, la suppuration s'altère, se vicie, diminue, et cesse pour reparaître lorsque la complication aura cédé, et la plaie marchera de nouveau vers la cicatrisation.

Les complications de la péritonite sont assez nombreuses : je placerai en première ligne la gastro-entérite, pour la fréquence et pour la gravité. L'estomac s'enflamme, soit par contiguité de tissu, soit par sympathie, ou bien sous l'influence des mêmes causes, et c'est alors que l'on observe une soif ardente, et la rougeur des bords de la langue, qui est recouverte d'un enduit jaunâtre à son centre. La gastro-entérite fait des progrès rapides, et, si elle n'est promptement arrêtée, le malade tombe bientôt dans l'un des états appelés *fièvre ataxique* ou *adynamique*, dès que le cerveau ou ses membranes ont ressenti l'influence sympathique de l'inflammation gastro-intestinale. Dans la fièvre adynamique, la langue se recouvre d'un enduit brun, noirâtre ; elle est sèche, aride, comme rôtie ; les dents, les gencives, s'encroûtent d'un tartre fuligineux : il y a prostration extrême, hébétude des sens ; des sueurs froides et visqueuses, des pétéchies, des vergetures, répandues sur toute la surface du corps, sont les avant-coureurs d'une mort prochaine. Dans la fièvre ataxique, la face s'anime, l'œil est brillant ; les fonctions des sens s'exaltent d'abord, puis

s'affaissent; il y a du délire, des soubresauts des tendons, des tremblemens des membres, etc.

On reconnaîtra l'inflammation du gros intestin à la fréquence des déjections alvines séro-muqueuses, à la douleur qui suit le trajet du colon : ces évacuations produisent en peu de jours un accablement qui aggrave beaucoup le danger si on ne se hâte d'y remédier.

On remarque assez souvent l'inflammation des autres membranes séreuses, durant le cours de la péritonite : l'arachnoïdite est la plus fréquente de ces complications; après elle vient la pleurésie, que l'on peut facilement méconnaître, si elle n'est pas très-intense : dernièrement, en ouvrant le cadavre d'un jeune soldat qui avait succombé à une violente péritonite, je trouvai un foyer purulent assez considérable dans la plèvre droite; le malade n'avait accusé aucune douleur de ce côté, et notre attention, entièrement fixée sur le péritoine, ne s'était pas dirigée vers la poitrine.

Altérations pathologiques.

Les altérations que l'on rencontre dans les cadavres, à la suite de la péritonite aiguë, varient en raison de sa durée, de sa violence, et d'autres circonstances qu'il est plus ou moins difficile d'apprécier; dans les premières heures, on voit de petites stries rouges, assez nombreuses, et séparées les unes des autres par de petits intervalles diaphanes; peu à peu, ces stries se multiplient à l'infini, elles se confondent, et se réunissent en plaques plus ou moins étendues, qui donnent au péritoine l'aspect rougeâtre qu'il présente à l'autopsie; le sang contenu dans les capillaires qui forment ces stries les dilate, en rompt quelques-uns, s'extravase, et forme de petites ecchymoses, faciles à reconnaître à leur couleur plus foncée. Ces stries sont les premières traces anatomiques de l'inflammation du péritoine; elles en forment le caractère essentiel : on les rencontre constamment chez les animaux, trois ou quatre heures après l'injection d'un liquide irritant; elles sont parallèles à l'axe de l'intestin, et coupées

par d'autres stries qui leur sont perpendiculaires ; elles sont comme isolées et indépendantes des troncs vasculaires ; elles ne disparaissent pas, ou très-peu, hors du contact de l'air. Dans *la congestion*, les vaisseaux sanguins forment des anses qui entourent l'intestin, comme dans les injections artificielles ; le volume des vaisseaux dilatés par l'abord du sang augmente progressivement depuis le bord libre de l'intestin jusqu'à l'insertion du mésentère; les capillaires ne conservent pas long-temps après la mort les traces de la congestion, comme il est facile de s'en assurer en incisant les parois abdominales sur un animal vivant, où l'on peut suivre tous les progrès de la congestion. Dans *l'imbibition*, la teinte du péritoine varie depuis le rose jusqu'au rouge le plus foncé; elle est uniforme, et ressemble assez bien à celle que donnerait un liquide colorant posé avec un pinceau très-fin : la coloration tient au fluide qui pénètre ; ainsi le péritoine est imbibé en jaune aux environs de la vésicule biliaire; en brun dans les points qui correspondent au foie, à la rate; en noir, si l'on injecte de l'encre dans la cavité abdominale. L'imbibition diffère donc : 1°. de la congestion, en ce qu'on n'aperçoit pas de vaisseaux dilatés suivant l'ordre que nous avons indiqué; 2°. de l'inflammation, en ce qu'on ne voit pas de stries sanguines. On peut déterminer à volonté ces trois phénomènes chez les animaux, et il suffit de les avoir bien vus quelquefois pour ne plus les confondre.

Lorsque la péritonite a duré plusieurs jours, le péritoine devient friable ; il n'est pas sensiblement épaissi : souvent le tissu cellulaire sous-séreux, injecté en rouge, est infiltré de sérosité ; quelquefois on y rencontre plusieurs petits foyers purulens épars sous le péritoine. Cette présence du pus indique d'une manière non équivoque l'inflammation du tissu cellulaire.

Au moment où l'on ouvre la cavité péritonéale, il se dégage toujours une certaine quantité de gaz d'une odeur analogue à celle de l'hydrogène sulfuré. La sérosité qu'elle contient varie beaucoup en couleur et en quantité ; tantôt on en trouve quelques cuillerées seulement, tantôt plusieurs pintes : quelquefois limpide, elle diffère peu

du sérum du sang ; mais, le plus souvent, elle est trouble, jaunâtre, citrine et d'apparence laiteuse. Cette couleur blanchâtre, qui avait si puissamment contribué à faire croire aux métastases laiteuses, se trouve chez l'homme comme chez la femme : cette sérosité est quelquefois rougeâtre ; on y trouve des caillots de sang, des flocons albumineux flottant au milieu de la collection séro-purulente. Les intestins sont accolés, réunis par des adhérences molles que l'on rompt par une légère traction ; dans les péritonites hémorrhagiques, on trouve du sang pur épanché.

La surface intérieure du péritoine est recouverte d'une couche puriforme, formée par une matière d'un blanc jaunâtre, assez fortement adhérente à la séreuse, dont on la détache en la râclant avec le manche du scalpel. La consistance de cette exsudation varie beaucoup ; quelquefois aussi peu liée que le pus, elle présente, dans d'autres circonstances, une résistance égale à celle du blanc d'œuf cuit ou de la couenne inflammatoire du sang : c'est cette exsudation qui doit plus tard se transformer en fausses membranes, comme l'a si bien exposé M. *Laennec* pour la plèvre. A la suite de péritonites terminées par la mort du quinzième au vingtième jour, j'ai vu plusieurs fois de ces pseudo-membranes traversées par des vaisseaux sanguins à parois assez résistantes pour suivre, sans se rompre, les mouvemens qu'on leur faisait exécuter avec la pointe du scalpel. On trouve de ces adhérences parfaitement organisées en tissu séreux, à l'autopsie des individus qui ont eu des péritonites antérieures.

La gangrène du péritoine est fort rare. M. *Larrey* dit qu'elle s'est développée en moins de deux heures sous ses yeux dans un cas de hernie étranglée. On la reconnaît à des taches irrégulières, peu étendues, d'un brun verdâtre, et à son odeur caractéristique. Le péritoine tombe en détritus, en bouillie noirâtre ; la sérosité épanchée est brune et fétide : rarement le désordre est borné au péritoine, il s'étend à la musculeuse, et même à la muqueuse du canal intestinal.

Diagnostic.

Le diagnostic de la péritonite résulte de l'examen approfondi des causes et des symptômes. Ses caractères sont tellement tranchés, en général, qu'il est facile de la reconnaître lorsqu'elle existe, et l'inflammation des autres organes abdominaux est trop bien connue aujourd'hui pour qu'on la confonde avec d'autres affections. Telle n'est pas cependant l'opinion de M. *Rostan*, qui dit : « De toutes les maladies « qui peuvent être le plus facilement confondues les unes avec les « autres, il n'en est sans doute pas de plus difficiles à distinguer que « la gastro-entérite et la péritonite. » (Cours de médecine clinique.)

Essayons de déterminer si cette proposition est bien exacte. La gastro-entérite reconnaît pour causes presque constamment des écarts de régime; la péritonite, un refroidissement subit ou l'action d'une violence extérieure. Dans la péritonite, la douleur est superficielle, déchirante, augmente beaucoup par la pression; dans la gastrite, elle n'existe pas constamment; elle est plus profonde, beaucoup moins vive; la pression ne l'accroît pas dans la même proportion; elle est bornée à l'épigastre et à la partie antérieure des trois ou quatre premières fausses côtes. Dans la péritonite, le ventre se tuméfie, se météorise promptement; il ne se gonfle que dans les derniers momens des gastro-entérites mortelles. Dans la péritonite, la langue est large, humide, d'une couleur uniforme; dans la gastrite, la langue est lancéolée, rouge sur ses bords et couverte d'un enduit jaunâtre à son centre. Dans la gastro-entérite, le malade éprouve un sentiment de brisement dans les articulations; il est très-agité, il ne peut rester en place: dans la péritonite, au contraire, il évite avec soin le moindre mouvement, le moindre déplacement; il écarte tout ce qui pourrait peser sur l'abdomen. Enfin le caractère de souffrance que prend la face dans la péritonite ne se trouve jamais aussi prononcé dans les premiers jours de la gastrite.

Si nous étendons cet examen à quelques autres organes contenus

dans l'abdomen, nous verrons que dans l'hépatite la douleur est obtuse, profonde, gravative, accompagnée d'un sentiment de plénitude et de tension dans tout l'hypochondre droit; que les matières fécales sont grisâtres, qu'il y a ictère, que le pouls est plein, large, etc.

Dans la métrite, on remarque dans le petit bassin une tumeur formée par le fond de l'utérus. La douleur est gravative, avec chaleur, sécheresse et tuméfaction du col de l'organe; suspension des lochies ou des menstrues, si elles avaient lieu. Au bout de quelques jours, il s'établit un écoulement de mucus par le vagin.

Prognostic.

Le prognostic de la péritonite sera toujours grave; il le sera d'autant plus que la maladie sera plus intense, qu'elle sera plus avancée sans avoir été traitée, enfin qu'elle attaquera un sujet plus débile, qui ne supportera que difficilement de larges déplétions sanguines. Lorsque les symptômes ne diminuent pas de violence après l'administration des premiers secours, on doit redouter une issue funeste. Les fièvres ataxique et adynamique sont des complications presque constamment mortelles. La péritonite puerpérale parcourt ses périodes avec tant de rapidité, qu'elle laisse peu de chances de succès si on ne l'attaque dès son début; la péritonite aiguë entée sur une chronique emporte le malade en quelques jours. La mort survient presque toujours en quelques heures dans les cas de péritonites avec épanchement de bile, d'urines et de matières fécales; cependant M. *Fizeau* rapporte une observation fort remarquable de péritonite produite par un épanchement de bile provenant de la rupture du canal cholédoque, qui dura trente-trois jours, sans s'être manifestée pendant la vie autrement que par une sensibilité très-obtuse de l'abdomen.

Traitement.

Il résulte, de tout ce que nous avons exposé dans les pages précédentes, que le traitement de la péritonite aiguë exige la plus grande

célérité, et qu'il doit se composer des moyens les plus antiphlogistiques. Promptitude, énergie, seront donc les deux premières règles à suivre ; mais, sans perdre de vue ces préceptes importans, il faudra régler sa conduite sur l'âge, sur le tempérament et sur l'état antérieur du malade ; il faudra savoir apprécier la violence des symptômes, et modifier son plan curatif en raison des complications.

Si le sujet est jeune et robuste, s'il n'a été débilité par aucune maladie antérieure ; si un jour ou deux seulement se sont écoulés depuis l'invasion de la péritonite, on commencera le traitement par une saignée du bras de quinze à vingt onces ; le pouls se développe assez ordinairement après cette première déplétion sanguine. Lors même que l'on observerait ce symptôme favorable, il ne faut pas hésiter à appliquer de suite un bon nombre de sangsues sur l'abdomen. Ce nombre variera suivant une foule de circonstances ; j'ai vu souvent en prescrire jusqu'à soixante et quatre-vingts pour une seule application, et fréquemment cette médication hardie a été suivie de succès. La force du malade et l'intensité de l'inflammation serviront ici de guides. Ainsi, tantôt on ne tirera que deux ou trois palettes de sang par la phlébotomie, quelquefois pas du tout : l'expérience seule peut apprendre à proportionner ses moyens à l'urgence des cas.

Les ventouses scarifiées sont d'une application trop douloureuse, et ne donnent pas assez de sang pour être employées avec avantage dans le traitement de la péritonite aiguë : on n'y recourra qu'à défaut de sangsues. Tous les praticiens s'accordent à regarder cette saignée locale comme le moyen le plus efficace. M. *Broussais* pense même que, si l'on n'y a pas recours dans les premières six heures, lorsque la péritonite est très-intense, celle-ci est presque toujours mortelle, quoi que l'on puisse faire ensuite. (Leçons orales.)

Aussitôt que les émissions sanguines auront apporté quelque diminution dans la violence des symptômes, on couvrira l'abdomen de fomentations émollientes, que l'on aura soin d'entretenir toujours à une température douce ; les cataplasmes sont trop lourds ; on évitera de comprimer les parois abdominales en fixant l'appareil : l'usage des

cerceaux pour supporter le poids des couvertures est très-avantageux.

Le repos sera prescrit au malade, que l'on soumettra à la diète la plus sévère. Quant à ses boissons, on les choisira parmi celles qui flatteront le plus agréablement son goût ; dans les premiers jours, il faudra cependant les prendre parmi les adoucissantes, telles que l'eau de gomme, l'eau de riz ou de guimauve, une limonade légère, le suc de grosseille étendu d'eau ; elles seront données tièdes et en petite quantité à la fois. Sur le déclin de la maladie, si la résolution paraît devoir s'accompagner de sueur, et que les voies digestives ne soient pas surexcitées, on pourra prescrire avec avantage quelques infusions de tilleul, de violette, de sureau, etc.

Si les premières saignées n'apportent pas de grands amendemens dans l'état du malade, ou si l'amélioration obtenue d'abord ne s'est pas soutenue, on doit renouveler l'application des sangsues, et même, dans quelques cas, réitérer la saignée du bras : il faudra répéter la saignée locale aussi souvent que la douleur se réveillera.

On sera très-réservé sur l'emploi des lavemens ; on fera bien de s'en abstenir toutes les fois qu'il n'y aura pas indication d'évacuer le gros intestin. Les lavemens distendent les tuniques des viscères où ils sont reçus; ils déterminent des contractions musculaires qui, en tiraillant le péritoine, augmentent nécessairement son irritation : ils faussent cette loi de médecine pratique qui met le repos au nombre des premiers moyens curatifs dans le traitement des inflammations.

Les purgatifs et les vomitifs possèdent au plus haut degré les inconvéniens que nous avons reprochés aux lavemens; l'effort du vomissement a souvent suffi pour développer la péritonite. Ces deux ordres de médicamens ne peuvent agir qu'en révulsant l'inflammation de la séreuse sur la muqueuse digestive : si cette révulsion ne s'arrête pas à temps, elle détermine une gastro-entérite souvent mortelle.

L'emploi des bains tièdes sera utile toutes les fois qu'on pourra les administrer sans exposer le malade au contact d'un air froid : à un

température de vingt-huit à trente degrés, ils dilatent la peau, favorisent la perspiration cutanée, et produisent une détente salutaire. Les bains froids et l'application de la glace sont d'un succès trop peu certain, et peuvent déterminer de trop fortes réactions, pour les conseiller ici.

Tant que la péritonite est à l'état d'acuité, qu'elle marche seule, sans aucune des complications qui exigent l'emploi des révulsifs extérieurs, il faut se garder d'avoir recours à ces derniers. Quel effet peut-on attendre de leur application? Comment déplaceront-ils une irritation fixée sur un organe aussi étendu que le péritoine? Dans la plupart des cas, ils ne feront qu'ajouter inutilement aux souffrances du malade : plusieurs fois je les ai vus aggraver les accidens. On ne pourra les employer avec sécurité que sur le déclin de la maladie, lorsque la réaction générale aura cédé en grande partie. Je crois que les sinapismes, placés aux extrémités inférieures, sont préférables aux vésicatoires : ceux-ci excitent trop l'irritabilité; ils doivent être réservés pour les maladies où l'action du système nerveux est diminuée. Les révulsifs, en général, seront beaucoup plus utiles dans les cas où l'affection tendra à la chronicité; mais, sans une extrême surveillance de la part du médecin, ils peuvent donner lieu à de graves inconvéniens. En effet, appliqués trop tôt et près de l'endroit malade, ils pallient la douleur, et, par là, ils exposent à méconnaître la persistance et la marche sourde de la maladie.

Sous l'influence d'un traitement énergique, la péritonite aiguë cèdera, en quelques jours, avant la formation d'un épanchement; si l'épanchement a eu lieu, et qu'il soit peu considérable, la guérison n'est que retardée; il faut laisser le temps aux pseudo-membranes amorphes de s'organiser en tissu séreux; on secondera ces efforts salutaires de la nature par un régime sévère; le malade évitera tous les mouvemens, tous les exercices un peu violens; on se trouvera bien de rendre ses boissons légèrement diurétiques; des frictions sur les membres faites avec une flanelle sèche, des vêtemens de la même étoffe appliqués à nu sur la peau, rappelleront à la périphérie un

surcroît d'action qui ne pourra que faciliter la résolution. Mais si la collection a été plus abondante, si, au lieu d'être résorbée, elle continue à s'accroître, il est probable qu'elle se prolongera indéfiniment, et la maladie rentre dans les cas de péritonite chronique.

Lorsque la péritonite est survenue après la suppression d'un exanthème chronique, d'une évacuation périodique, etc., on s'attachera d'abord à la combattre, puis il faudra chercher à rappeler la première affection par les moyens connus : si elle paraît avoir quelque rapport avec le dérangement des menstrues, la saignée du pied sera préférée à celle du bras, et les sangsues seront placées en partie sur le point douloureux, en partie à la vulve.

On devra surveiller attentivement les organes principaux, et combattre toutes les complications dès leur début, comme si elles étaient isolées. Ce ne sera que par degrés que l'on ramènera le malade à son régime habituel ; des bouillons coupés, de légères fécules seront les seuls alimens qu'on lui permettra durant les premiers jours de la convalescence, car bien que les *ingesta*, autres que ceux à la glace, soient peu propres à produire la péritonite, il est assez fréquent de voir des rechutes de cette maladie déterminées par des écarts de régime.

Le traitement de la péritonite puerpérale reposera sur les mêmes principes : les pertes que la malade a éprouvées font un précepte d'être plus réservé sur l'emploi des saignées, mais il ne faudra pas s'en laisser imposer par la petitesse du pouls ; la faiblesse n'est souvent ici qu'apparente ; les circonstances qui ont précédé, accompagné et suivi l'accouchement fourniront des renseignemens précieux et très-propres à guider le médecin. L'indication de pratiquer une saignée générale se rencontre moins souvent que dans la péritonite aiguë ordinaire ; les sangsues seront placées sur l'abdomen ; on pourra en mettre aussi quelques-unes à la face interne des grandes lèvres, si les lochies sont supprimées.

On a remarqué que le retour du lait aux mamelles annonçait tou-

jours une crise favorable ; de là le conseil d'en faire opérer la succion, soit par une grande personne, soit par de petits animaux : on pourra aider et même remplacer ce moyen par l'application de ventouses sèches sur le sein pour rappeler la sécrétion du lait, et à la partie interne et supérieure des cuisses pour rétablir l'écoulement des lochies ; mais ces espèces de crises ne surviennent qu'au moment où l'inflammation se résout.

Les purgatifs ont long-temps disputé la prééminence aux saignées dans le traitement de la péritonite puerpérale. Quelques praticiens les emploient encore aujourd'hui avec succès ; mais les cas où ils conviennent ne sont pas bien déterminés, et, administrés à contre-temps, ils aggravent les accidens : c'est un moyen à peu près empirique, qu'il faut laisser à ceux qu'une longue expérience a mis à même de reconnaître les circonstances où il est indiqué.

Je ne parlerai des frictions mercurielles faites à la partie interne des cuisses, et mieux encore sur l'abdomen, que pour dire qu'elles paraissent avoir été utiles dans certains cas où la faiblesse des malades ne permettait plus de nouvelles émissions sanguines, et qu'elles doivent être rangées parmi les révulsifs.

La péritonite puerpérale est du nombre de ces maladies qu'un médecin prudent saura souvent prévenir ; le meilleur moyen d'y parvenir, dit M. *Capuron*, est de conseiller à la femme d'allaiter son enfant : mais il est une foule de circonstances où ce précepte ne peut recevoir son application. Il faut alors redoubler de soins et d'attention pour écarter de la malade tout ce qui pourrait l'exciter. On lui prescrira un régime très-sévère ; on lui permettra à peine quelques bouillons, quelques légères fécules, pendant les premiers jours qui suivront l'accouchement : on lui évitera toute émotion vive, la joie, la crainte : le silence et la plus grande propreté régneront autour d'elle ; son linge sera souvent changé, toujours sec et chaud : l'air de la chambre aura une température toujours égale de 15 à 20 degrés, et, lorsqu'on voudra le renouveler, on aura soin que le courant ne frappe pas directement le lit où repose la nouvelle accou-

chée. Toutes les fonctions en général, et en particulier l'état des seins et celui des lochies demandent une surveillance très-active.

C'est en combinant l'emploi des moyens indiqués dans ce dernier article, c'est en les adoptant ou en les rejetant tour à tour, suivant les circonstances, que l'on parviendra souvent à prévenir ou bien à arrêter dans sa marche une maladie toujours grave, et fréquemment mortelle.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Cùm morbus in vigore fuerit, tunc vel tenuissimo victu uti necesse est.

II.

In acutis affectionibus rarò, et per initia, purgantibus utendum, idque diligenti priùs adhibitâ cautione faciendum.

III.

Quæ ducere oportet, quò maximè vergant, eò ducenda, per convenientia loca.

IV.

Quæ in morbis post crisim relinquuntur, recidivas facere solent.

V.

Frigida, velut nix, glacies, pectori inimica; tusses movent, sanguinis eruptiones ac catarrhos inducunt.

VI.

A pleuritide peripneumonia, malum.

VII.

In febribus acutis convulsiones, et circa viscera dolores vehementes, malum.

VIII.

Quibus in febre ad dentes viscosa circumnascuntur, his febres fiunt vehementiores.